
Eating Disorders Review January/February 2014 Volume 25, Issue 1 Scott Crow, Editor-in-Chief

Mensaje del nuevo Editor en Jefe de *Eating Disorders Review*

Por el Dr. Scott Crow

Esta edición marca una transición continua para *Eating Disorders Review*. Hace veinticuatro años, Joel Yager asumió el cargo de Editor en jefe y se desempeñó como tal hasta la última edición previa a esta. Joel guió sabiamente el desarrollo de *Eating Disorders Review* y lo convirtió en una herramienta invaluable para el campo de los trastornos de la conducta alimentaria.

Me siento honrado de asumir el cargo de Editor en Jefe de *EDR* a partir de esta edición. Me esforzaré por continuar el destacado trabajo realizado por Joel y, junto a la nueva editorial, IAEDP, haremos todo lo posible por mantener los altos estándares de *EDR*. De cara al futuro, hay dos factores críticos que me facilitarán esta tarea. En primer lugar, Joel abrió un claro camino para la revista y deja a *EDR* en una posición sólida. En segundo lugar, hay un excelente Consejo Editorial que ayuda también a dar forma a *EDR*. El Consejo aporta una gran variedad de experiencia y pericia que respaldan el desarrollo continuo de *EDR*.



Scott Crow, MD
Editor-in-Chief

Esta transición llega en un momento de crecimiento acelerado del conocimiento sobre los trastornos de la conducta alimentaria, sus causas, consecuencias y tratamiento. En los próximos años, cada vez habrá más información disponible para guiar a los clínicos que trabajan con pacientes que padecen trastornos de la conducta alimentaria. *Eating Disorders Review* seguirá siendo una guía valiosa para navegar por esta cambiante base de conocimientos.

ACTUALIZACIÓN: En Gran Bretaña, dos tercios de la población de niñas de 13 años tienen temor de aumentar de peso

En este informe, que supone es el primero de este tipo fuera de EE. UU., los investigadores británicos han reportado que 6 de cada 10 niñas de entre 10 y 13 años de edad (en comparación con 4 de cada 10 niños de la misma edad) tienen temor de aumentar de peso o de volverse "gordas". La alta tasa de preocupación acerca del peso se descubrió en un estudio colaborativo del Instituto de Salud Infantil (Institute of Child Health) y la Escuela de Londres de Higiene y Medicina Tropical (London School of Hygiene and Tropical Medicine) (*J Adolescent Health* 2013; 10:200). La Dra. Nadia Micali del Instituto Nacional de Investigación de Salud (National Institute for Health Research) y sus colegas, emplearon

datos de más de 7000 participantes en el "Estudio de los niños de los 90" en la Universidad de Bristol. En los 3 meses anteriores al estudio, el 27% de las niñas y el 23% de los niños habían realizado actividad física para bajar de peso, y el 26% de las niñas y el 14.5% de los niños habían restringido su ingesta de alimentos mediante el ayuno, la omisión de comidas o tirando la comida. La alimentación compulsiva afectó al 4.6% de las niñas y al 5.0% de los niños, y aquellos adolescentes con tenían atracones de comida registraron un 50% más de probabilidades de tener sobrepeso y el doble de posibilidades de sufrir obesidad para la edad de 15 años. La Dra. Micali señaló que los resultados del estudio indicaron que, tanto en los niños como en las niñas, las conductas típicas de un trastorno de la conducta alimentaria eran más frecuentes y se presentaban a una edad más temprana de lo que se creía anteriormente.

Predicción del retorno de la menstruación en pacientes adolescentes con anorexia nervosa

Las pacientes con anorexia nervosa de inicio en edad premenárquica, estaban en riesgo para amenorrea prolongada

Si bien la amenorrea ya no es un criterio diagnóstico de anorexia nervosa, restablecer el ciclo menstrual en las adolescentes con anorexia nervosa (AN) sigue siendo un objetivo principal del tratamiento. La rehabilitación del peso es indispensable para restablecer las funciones endocrinas saludables, incluyendo la normalización de los niveles de leptina y hormonas gonadales. Según un equipo de investigadores de Alemania, las pacientes con inicio de anorexia nervosa en la premenarquia y aquellas con los mayores índices de masa corporal premórbidos (IMC, kg/m²) están en un riesgo particular de padecer amenorrea prolongada a pesar de la rehabilitación del peso corporal (*BMC Psychiatry* 2013; 13:308).

Para investigar las variables clínicas que podrían predecir la recuperación de la función menstrual durante la etapa de aumento de peso en pacientes con anorexia nervosa, la Dra. Astrid Dempfle y sus colegas hicieron un seguimiento de 12 meses de 172 adolescentes femeninas con inicio de anorexia nervosa por primera vez (definida mediante los criterios del *DSM-IV*). Las mujeres participaron en un estudio clínico multicéntrico en el cual se comparó la hospitalización con el tratamiento de hospital de día de pacientes adolescentes con anorexia nervosa. El umbral de peso para la inclusión en el estudio era un IMC inferior al 10 o percentil. Surgieron dos grupos en la muestra final de 152 pacientes. Uno fue el "grupo que menstruaba", el cual había menstruado en algún momento antes del seguimiento y en el que no había pacientes que estuvieran tomando anticonceptivos orales o que reportaran la reanudación espontánea del ciclo menstrual antes de usar anticonceptivos orales. Un segundo grupo, el "grupo con amenorrea" incluyó pacientes que seguían sin menstruar a los 12 meses de seguimiento.

Al momento de la admisión, todas las pacientes tenían amenorrea; la mayoría reportaba amenorrea secundaria, mientras que 36 fueron clasificadas como pacientes en la premenarquia (31 pacientes) o como pacientes con amenorrea primaria (5 pacientes). En el 47% de las pacientes adolescentes, la menstruación regresó espontáneamente dentro de los primeros 12 meses a partir de su admisión. Las pacientes que recuperaron sus ciclos menstruales tenían un IMC promedio cercano a 19, mientras que aquellas que no habían recuperado su menstruación tenían un IMC medio significativamente más bajo, del 17.5.

La amenorrea al momento de la admisión pronosticaba enfermedad persistente

La ausencia de menarquia al momento de la admisión hospitalaria fue una predicción importante de amenorrea persistente a los 12 meses de seguimiento. Así como otros estudios han mostrado que la aparición temprana de AN en la infancia está asociada con peores resultados a largo plazo, en el estudio de estos autores, una quinta parte de las pacientes eran premenárquicas al momento de ser admitidas

por primera vez para su tratamiento. Los autores concluyeron que las pacientes con anorexia nervosa de inicio en la premenarquia y las pacientes con un alto IMC premórbido estaban expuestas al riesgo particular de sufrir amenorrea prolongada a pesar de tener éxito en la rehabilitación del peso corporal.

Según la Dra. Dempfle, el resultado del tratamiento puede mejorar si se espera a dar de alta a las pacientes hasta que hayan llegado a su peso objetivo individual, y luego se les ofrece ayuda para mantener este peso. Lograr y mantener un peso objetivo dentro de los percentiles 15o y 20o del IMC pareció ser el rango más favorable para la reanudación de los ciclos menstruales. ¿Deberían los pacientes con IMC premórbidos más altos tener objetivos de peso más altos? Los autores consideran que esta pregunta requiere más investigación.

Conocimiento y actitudes de los profesionales respecto a pacientes con trastornos de la alimentación

En dos estudios realizados, se determinó la existencia de sesgo y falta de capacitación.

Los resultados de dos estudios recientes realizados en psiquiatras del Reino Unido y Estados Unidos pusieron de manifiesto una serie de brechas en el conocimiento general sobre el tratamiento de pacientes con trastornos de la conducta alimentaria, y también la existencia de sesgo hacia pacientes obesos.

Conocimiento y actitudes acerca de los trastornos de la conducta alimentaria

En el Reino Unido, los psiquiatras generales tienen la importante responsabilidad de tratar a pacientes que padecen trastornos de la conducta alimentaria. Para evaluar el "alfabetismo mental" (mental literacy) de los psiquiatras respecto a los trastornos de la conducta alimentaria, el Dr. William R. Jones del Centro para Trastornos de la Conducta Alimentaria de Yorkshire, Leeds, y dos colegas llevaron a cabo un estudio sobre las actitudes y el conocimiento de los trastornos de la conducta alimentaria (*Eur Eat Disorders Rev* 2013; 21:84). Se envió un correo electrónico con un enlace a un cuestionario en línea a 329 psiquiatras, de los cuales 126 lo respondieron .

El cuestionario en línea contenía 17 preguntas acerca de actitudes hacia los trastornos de la conducta alimentaria y se les solicitaba a los encuestados que indicaran su aceptación de los enunciados mediante el uso de la escala de Likert de 5 puntos. Otra sección incluía un ejercicio de correspondencia con 6 conceptos sobre trastornos de la conducta alimentaria que debían relacionarse con su correspondiente tratamiento. En dicha sección, se abordaban tanto la anorexia como la bulimia nervosa, incluidos los criterios diagnósticos, las complicaciones físicas y las pautas para el manejo de los trastornos de la conducta alimentaria del Instituto Nacional de Salud y Excelencia Clínica (National Institute for Health and Care Excellence, NICE).

Niveles de conocimiento

Los miembros del Colegio Real de Psiquiatras obtuvieron mayor puntuación que los psiquiatras que no eran miembros de dicha entidad, y los psiquiatras de más edad obtuvieron las menores puntuaciones en general. El sexo, la edad, la localidad y el grado no afectaron las puntuaciones de conocimiento total; sin embargo, los psiquiatras "caucásicos británicos" obtuvieron mayores puntuaciones que los psiquiatras de otros grupos étnicos.

Criterios diagnósticos

El criterio diagnóstico más frecuentemente identificado para la anorexia nervosa resultó ser el "temor a la gordura", el cual fue reconocido por el 87.6% de los encuestados. Mientras que el 81.8% de los encuestados reconoció que el umbral diagnóstico del índice de masa corporal (IMC, kg/m²) para la

anorexia nervosa era inferior a 17.5, el 13% consideraba que tal umbral era incluso menor (16 kg/m²). Solo el 41.2% de los encuestados reconoció que 3 meses de amenorrea es, actualmente, un criterio diagnóstico de anorexia nervosa. Episodios recurrentes de atracones al menos dos veces por semana durante 3 meses y comportamientos extremos de control de peso fueron los criterios diagnósticos más frecuentemente identificados para la bulimia nervosa, pero solo un poco más del 50% de los psiquiatras encuestados reconoció la sobrevaloración de la figura y el peso corporal como criterios diagnósticos de la bulimia nervosa. Solo alrededor de un tercio de los encuestados identificó el umbral diagnóstico del IMC como 17.5 kg/m² o superior para pacientes con bulimia nervosa.

Complicaciones físicas

La mayoría de los encuestados (96.7%) identificó correctamente como complicaciones de la anorexia nervosa las anomalías electrolíticas, bradicardia (77.7%), hipoglucemia (76%), osteoporosis (85.1%) y anemia (86%). Muy pocos reconocieron a la miopatía proximal y al edema como complicaciones. Mientras que la mayoría identificó a las anomalías electrolíticas, la erosión dental y la inflamación parotídea como complicaciones de la bulimia nervosa, sólo un tercio estaba informado acerca de la posibilidad de oligomenorrea.

Tratamiento de los trastornos de la conducta alimentaria

La mayoría de los psiquiatras identificó correctamente las intervenciones familiares y la terapia cognitivo-conductual, recomendadas por el NICE, como tratamientos para los trastornos de la conducta alimentaria.. Sin embargo, muy pocos tenían conocimiento de la terapia psicodinámica, la terapia cognitivo-analítica y la terapia interpersonal, y cerca del 35% creía erróneamente que el NICE recomendaba los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (SSRI) para el tratamiento de pacientes con anorexia nervosa. La mayoría identificó correctamente que los SSRI y los programas de autoayuda eran terapias que el NICE recomienda actualmente para el tratamiento de pacientes que sufren bulimia nervosa. Solo un 57% identificó a la terapia interpersonal como terapia recomendada para la bulimia nervosa.

Actitud general frente a pacientes con trastornos de la alimentación

Entre los psiquiatras que completaron la encuesta, el 41.6% consideró que la anorexia nervosa estaba "determinada culturalmente por el rol de la mujer en la sociedad", mientras que para el 61.7% se trataba de "una forma de trastorno mental neurótico". Un 7.8% de los encuestados consideró a la anorexia nervosa como una forma de "conducta anormal en el contexto de una personalidad débil, manipuladora o inadecuada", y un 1.7% la calificó como algo fundamentalmente imposible de tratar. Surgieron diferencias significativas respecto a la actitud hacia la anorexia nervosa según el nivel de grado del encuestado: la anorexia nervosa fue considerada fundamentalmente intratable en mayor proporción por psiquiatras no especialistas (non-consultants) que por psiquiatras especialistas certificados (consultants). La bulimia nervosa fue considerada como una conducta anormal en el contexto de una personalidad débil, manipuladora o inadecuada en mayor proporción por psiquiatras con menos experiencia que por psiquiatras de mayor antigüedad.

En general, los autores reportaron que el conocimiento de los psiquiatras respecto a los trastornos de la conducta alimentaria variaba ampliamente, con brechas en el conocimiento relacionadas tanto con el diagnóstico como con el tratamiento. Los psiquiatras que trabajaban en entornos donde había más posibilidades de encontrar pacientes con trastornos de la conducta alimentaria tenían más conocimiento general sobre estos trastornos, y su conocimiento pareció incrementar conforme a su antigüedad y experiencia clínica. A los autores les preocupó el hecho de que algunos criterios diagnósticos, tanto para anorexia nervosa como para bulimia nervosa, eran conocidos solo por unos pocos psiquiatras y que algunas complicaciones físicas no fueron reconocidas en absoluto.

De acuerdo a los autores, los resultados de su estudio claramente subrayan la necesidad de mejorar los

niveles de conocimiento de los psiquiatras generales para asegurar que tomen las medidas clínicas adecuadas al tratar a pacientes con trastornos de la conducta alimentaria.

Un segundo estudio descubre la existencia de sesgo hacia pacientes con problemas de peso, incluso entre los especialistas en trastornos de la conducta alimentaria

Los resultados de un estudio separado realizado en la Universidad de Yale indican que incluso los profesionales que se especializan en trastornos de la conducta alimentaria no son inmunes a los prejuicios del peso. Los estereotipos basados en el peso del paciente de los profesionales de la salud pueden tener importantes implicaciones en la calidad de atención que recibirán los pacientes, y algunas investigaciones también demuestran que el sesgo hacia los pacientes con problemas de peso en entornos clínicos crean una barrera para la atención de personas obesas. Además, los autores señalan que la estigmatización del peso en sí misma aumenta el riesgo de conductas inadaptadas de alimentación y síntomas de trastornos de la conducta alimentaria.

La Dra. Rebecca M. Puhl y sus colegas reclutaron a 329 profesionales que trataban a pacientes con trastornos de la conducta alimentaria a través de organizaciones profesionales especializadas en el tratamiento tales trastornos (*Int J Eat Disord* 2014; 47:65). Los participantes completaron de forma anónima cuestionarios de opinión en línea que evaluaron la existencia de sesgo explícito hacia las personas con problemas de peso, las causas percibidas de obesidad, las actitudes hacia el tratamiento de pacientes obesos, sus percepciones sobre el cumplimiento del tratamiento por parte de los pacientes y el éxito del tratamiento de pacientes obesos. También se les preguntó a los encuestados acerca de sus percepciones sobre el prejuicio hacia el peso de otros profesionales. Más de la mitad de los profesionales había escuchado a sus colegas hacer comentarios negativos sobre pacientes obesos; el 42% aceptó que otros colegas que tratan trastornos de la conducta alimentaria a menudo tienen estereotipos negativos sobre los pacientes obesos; y el 35% aceptó que los profesionales se sienten incómodos al tener que atender a pacientes obesos.

Actitudes hacia el éxito del tratamiento

Los participantes del estudio se mostraron considerablemente pesimistas acerca de los resultados del tratamiento. Un poco más de la mitad indicó que creían que los pacientes obesos podían realizar con éxito cambios en su comportamiento y que se sentían motivados a cambiar sus dietas. Solo un poco más de un tercio creía que los pacientes obesos cumplían con las recomendaciones del tratamiento y únicamente el 24% expresó confianza en que los pacientes obesos pudieran mantenerse en el peso logrado.

Por lo tanto, si bien los profesionales en trastornos de la conducta alimentaria confiaban en el tratamiento de pacientes obesos, su confianza disminuía respecto al cumplimiento del tratamiento por parte de los pacientes. Además, aquellos profesionales que mostraron tener un fuerte prejuicio hacia el peso fueron más propensos a creer que la obesidad era causada por factores conductuales como comer de más y falta de fuerza de voluntad más que por factores del ambiente o biológico/genéticos. Estos profesionales también expresaron actitudes negativas y frustraciones acerca del tratamiento de pacientes obesos y predijeron peores resultados para los tratamientos.

Los autores, además, identificaron ciertas características personales asociadas con expresiones prejuiciosas hacia el peso. Los participantes con mayor antigüedad en el campo profesional expresaron menos prejuicios en comparación con los profesionales de menor experiencia. Los participantes cuyo propio IMC era más bajo exhibieron más prejuicios en contra de las personas con problemas de peso que aquellos que pesaban más, lo que también coincide con investigaciones anteriores que demostraron una correlación negativa entre el IMC y los prejuicios hacia el peso.

Sobre la base de los resultados, los autores consideran que el esfuerzo por reducir los prejuicios hacia el

peso en el campo de los trastornos de la conducta alimentaria está justificado, y que se puede lograr a través de intervenciones educativas que hagan hincapié en la naturaleza compleja de la obesidad.

Programa especializado de realimentación para pacientes con anorexia nervosa grave

Un programa flexible y especializado ayudó a evitar el síndrome de realimentación.

La realimentación de pacientes con anorexia nerviosa severamente desnutridos casi siempre implica un equilibrio delicado entre dos tareas complejas y conflictivas: la primera, evitar el "síndrome de realimentación" causado por corregir la desnutrición con demasiada rapidez y, la segunda, evitar la "subalimentación", causada por el enfoque demasiado lento o demasiado precavido de la restauración de la nutrición y del peso.

La Dra. Maria Gabriella Gentile y sus colegas de la Unidad de Trastornos de la Alimentación del Hospital Niguarda, Milán, Italia, recientemente reportaron el caso de una mujer de 24 años que fue admitida en su unidad con desnutrición extrema (índice de masa corporal, o IMC, de 9.6 kg/m²). Con un programa de nutrición especializado y un monitoreo meticuloso de los signos vitales y los valores de laboratorio, la paciente duplicó su peso corporal en 3 meses sin desarrollar síndrome de realimentación (*Clinical Medicine Insights* 2013:6:51).

Para evitar el riesgo de sobrealimentación, los autores midieron la tasa metabólica en reposo (TMR) de la paciente continuamente, desde el momento de su admisión en la unidad. Luego utilizaron la medición de la calorimetría indirecta para determinar la ingesta calórica. El peso de la paciente se monitoreó diariamente, y el reposo en cama fue estrictamente organizado y monitoreado. Para evitar el exceso de líquidos y reducir las molestias gástricas en la paciente, se eligió una fórmula comercial polimérica, sin gluten ni lactosa, alta en calorías (2 kcal/mL) y de alto contenido de nitrógeno (17%), completamente líquida. Los líquidos por vía oral se restringieron a 1000 ml/día el primer mes y luego se aumentaron progresivamente hasta llegar a 1500 ml/día. La paciente también recibió alimentación por sonda nasogástrica durante 24 horas, con el empleo de bombas de alimentación para reducir las molestias gástricas. La ingesta calórica se aumentó gradualmente conforme a los resultados clínicos (comenzando por el aumento de peso corporal) y según las mediciones de la TMR realizadas cada mes durante los primeros 120 días. El peso se controló diariamente.

Combinación de nutrición enteral y aumento de la alimentación por vía oral

El enfoque de la Dra. Gentile y sus colegas consistió en hacer un seguimiento de la TMR mientras se usaba la nutrición enteral y ayudar a la reconstrucción anabólica aumentando las cantidades en la alimentación por vía oral. La alimentación enteral por sonda nasogástrica se suspendió a los 75 días de tratamiento. Durante los siguientes 45 días, la dieta por vía oral se aumentó con suplementos líquidos orales. Para evitar hipofosfatemia, los autores monitorearon en forma muy cercana los niveles de fosfato sérico en las primeras etapas de la realimentación en lugar de simplemente medirlos una vez en el inicio de la realimentación. Durante el período de realimentación, se revisaron los niveles de electrolitos de la paciente, especialmente el nivel de fosfato plasmático, casi todos los días durante las primeras semanas. Durante las dos primeras semanas, se administraron entre 5000 y 6000 mg de fosfato todos los días.

Los nutricionistas del equipo alentaron a la paciente (sin obligarla) a que comenzara a comer nuevamente, y cada comida fue supervisada por nutricionistas o enfermeros. La ingesta calórica por vía oral se inició con 260 kcal/día, y después de una semana se incrementó a 800 kcal/día (proteína: 45 g/día). Después de un mes, se aumentó a 1260 kcal/día (proteína: 59 g/día). Al finalizar el segundo mes

de tratamiento, la ingesta calórica por vía oral llegó a 1850 kcal/día (proteína: 61 g/día). Para ayudar a controlar los síntomas obsesivo-compulsivos y de ansiedad, la paciente también recibió diazepam (1 mg/día al inicio hasta llegar a 3 mg/día) y haloperidol (comenzando a dosis de 1 mg/día hasta llegar a 2 mg/día), junto con psicoterapia.

Después de aproximadamente 3 meses, el peso corporal de la paciente se duplicó, y su IMC y todos los valores de laboratorio se normalizaron. Los investigadores no reportaron signos ni síntomas importantes, ni síntomas de realimentación o de úlceras por presión, que se previnieron cambiando de posición a la paciente y mediante el uso de una cama especial fluidificada. La paciente aceptó continuar el tratamiento como paciente de hospitalización parcial. A los 6 meses del inicio del tratamiento, la paciente volvió a menstruar y su peso corporal era normal.

La participación de un equipo multidisciplinario y una unidad especializada son esenciales

La Dra. Gentile y sus colegas observaron que cuando se inicia la realimentación en pacientes tan severamente desnutridas, es imprescindible la suplementación oral, enteral y/o intravenosa de fosfato y otros electrólitos —como potasio y magnesio—, y puede ser necesario medir los niveles séricos diariamente durante la primera etapa de realimentación. El equipo médico utilizó una ingesta calórica aproximadamente tres veces superior a la recomendada usualmente, ya que los médicos consideraron que los pacientes con tal grado extremo de desnutrición necesitaban al menos ese nivel para llegar al valor de la TMR medida. Finalmente, ellos recomendaron tratar estos pacientes de tan alto riesgo en “una unidad especializada que cuente con un equipo multidisciplinario que tenga un plan de tratamiento claro y flexible”.

Respuestas cerebrales alteradas en mujeres con Bulimia Nervosa

Las mujeres con bulimia nervosa procesaron los estímulos de imagen corporal, pero no los estímulos alimentos, a diferencia de los controles

La neurobiología de las personas que padecen bulimia nervosa es un terreno aún sin explorar, y todavía hay mucho por aprender acerca del modo en que el cerebro procesa la información sobre la imagen corporal. Investigadores británicos y canadienses recientemente reportaron que, entre los pacientes con bulimia nervosa, el cerebro responde a los estímulos de imagen corporal pero no a los estímulos de alimentos (*BMC Psychiatry* 2013; 13:302).

El Dr. Frederique Van den Eynde y sus colegas del King's College, Londres, y de McGill University, Toronto, recientemente utilizaron imágenes por resonancia magnética funcional (fMRI) para estudiar a 21 personas con bulimia nervosa y a 23 personas saludables como grupo control. Todas las participantes completaron dos modelos: 1) procesamiento de estímulos visuales de alimentos y (2) comparación de su propia apariencia con la de mujeres delgadas. Las participantes también calificaron sus antojos de alimentos y niveles de ansiedad. Las 21 mujeres diestras que buscaban tratamiento para la bulimia nervosa fueron reclutadas en el Hospital Maudsley, Reino Unido, y el grupo control fue reclutado mediante anuncios publicados en King's College. Todas las participantes completaron el Cuestionario de Evaluación de Trastornos de la Conducta Alimentaria (Eating Disorders Examination-Questionnaire) y el cuestionario sobre antojos de comida rasgo y estado; la escala de ansiedad social relacionada con la apariencia física y la escala de estrés, depresión y ansiedad.

Estímulos de alimentos

Hubo pocas diferencias en la manera en que las mujeres con bulimia nervosa y las mujeres del grupo control procesaron los estímulos de alimentos; la única diferencia fue que el lóbulo de la cuña o cuneus cerebral se activó más en las mujeres con BN en respuesta a los estímulos de alimentos. Las mujeres con bulimia nervosa reportaron mayores niveles de ansiedad después de la exposición a estímulos visuales de alimentos. Por el contrario, las puntuaciones para los antojos no fueron tan altas en el grupo de mujeres con bulimia nervosa, ni en la condición de exposición a alimentos ni en la condición inicial de nivel bajo. Al evaluarse a sí mismas en comparación con imágenes de mujeres delgadas, las pacientes con bulimia nervosa utilizaron más la ínsula y en menor proporción el giro fusiforme, en comparación con el grupo control. Esto sugiere un aumento del autoenfoco en las mujeres con bulimia nervosa. En las mujeres con bulimia nervosa, la exposición a estímulos de alimentos e imagen corporal aumentó los niveles de ansiedad reportados por las pacientes, pero no los antojos. Según los autores, los alimentos, al parecer, provocaron más ansiedad que antojos en las pacientes con bulimia nervosa, en comparación con los grupos de control. Es posible que la presentación visual de los estímulos de alimentos sea menos significativa que otras formas de exposición, tales como la comida real o la realidad virtual.

Los autores observaron que si bien se sabe poco acerca del rol del cúneo durante la alimentación, existe evidencia indirecta de que esta estructura del cerebro puede estar involucrada en la sensación de recompensa asociada con la comida. El tratamiento exitoso puede tener un efecto en el cúneo porque se ha reportado que los pacientes recuperados de bulimia nervosa muestran menos activación en esa área al administrarles un poco de glucosa. El estudio no reprodujo los hallazgos previos de actividad reducida de la corteza dorsolateral prefrontal.

Por consiguiente, el proceso visual de los estímulos de alimentos y la comparación de cada paciente con imágenes de mujeres delgadas despertaban más ansiedad, pero no más antojos de alimentos en mujeres con bulimia nervosa en comparación con los grupos normales control. Las mujeres con y sin bulimia nervosa usan más la ínsula (es decir, reflexionan más en sí mismas) y usan menos el giro fusiforme (miran menos la forma real de otras personas). Los autores reportan que esto respalda la idea de que la psicoterapia para la bulimia nervosa no solo debe enfocarse en los alimentos y los problemas relacionados con la alimentación, sino que debe abordar la imagen corporal.

Implicaciones clínicas

Los resultados del estudio tuvieron distintas implicaciones clínicas. Una es que el desarrollo de futuras intervenciones dirigidas, como la estimulación cerebral profunda o transcraneana, mediante el uso de la estimulación cerebral profunda o transcraneana inhibitoria a baja frecuencia de la ínsula, podría reducir las preocupaciones acerca de la imagen corporal. Otra implicación clínica es que la psicoterapia para la bulimia nervosa no solo debería enfocarse en los problemas de alimentación y la comida, sino más bien enfocarse en la imagen corporal.

Mejoramiento del diagnóstico de trastornos de la conducta alimentaria en población negra

Se sugiere que algunos criterios actuales del DSM no aplican.

Históricamente, los trastornos de la conducta alimentaria se han considerado como enfermedades de mujeres jóvenes, caucásicas de clase socioeconómica alta. Sin embargo, según los investigadores de la Universidad de Yale, New Haven, Connecticut, una descripción más real de la prevalencia de los trastornos de la conducta alimentaria en la población negra podría surgir si se agregaran criterios culturalmente sensibles a las clasificaciones para trastornos de la conducta alimentaria del *Manual Estadístico y Diagnósticos*. Por ejemplo, algunos factores de riesgo específicos que se emplean para

predecir trastornos de la conducta alimentaria en la población caucásica, como, por ejemplo, la insatisfacción con la imagen corporal, el deseo de delgadez y el empleo de comportamientos compensatorios, probablemente no apliquen a la población afroamericana o a la afro caribeña.

La Dra. Jacquelyn Y. Taylor y su equipo estudiaron cómo se comparan las tasas de prevalencia de diversos trastornos de la conducta alimentaria entre los criterios del *DSM-IV-TR* y criterios adaptados de acuerdo a diferentes culturas. Además, intentaron definir mejor la correlación de las variables demográficas de los trastornos de la conducta alimentaria entre la población afroamericana y la afro caribeña, y evaluar la correlación de las variables socio demográficas de la obesidad, las comorbilidades y otros factores de riesgo que podrían estar vinculados con el desarrollo de los trastornos de la conducta alimentaria (*J Health Care Poor Underserved* 2013; 24:289). En su estudio se incluyeron 5,191 adultos (3,570 sujetos afroamericanos y 1,621 sujetos afro caribeños) y 1,170 adolescentes (810 sujetos afroamericanos y 360 sujetos afro caribeños). La base de datos original se derivó de la Encuesta Nacional de la Vida Estadounidense (National Survey of American Life), llevada a cabo en 48 estados contiguos de Estados Unidos entre 2001 y 2002, en la cual se evaluaron trastornos psiquiátricos, factores de estrés, factores de riesgo y factores de resiliencia entre la población afroamericana y la afro caribeña. En su estudio, los investigadores de Yale emplearon la Entrevista Internacional Compuesta de Diagnóstico de Salud Mental Mundial (World Mental Health Composite International Diagnostic Interview) y los criterios sobre los trastornos de la conducta alimentaria del *DSM-IV-TR* (2000). Para justificar las diferencias culturales, se eliminaron tres criterios estándar del *DSM-IV-TR* (distorsión de la imagen corporal, requisitos de peso mínimo para el diagnóstico y comportamientos compensatorios). Dado que uno de los objetivos del estudio era completar una entrevista con la mayor cantidad posible de los jóvenes seleccionados para el estudio, el 18% de las entrevistas se realizó parcial o completamente por teléfono, además de las entrevistas realizadas en persona en los hogares.

Sobrepeso, obesidad y trastorno por atracón

Más de la mitad de los participantes encuestados tenían sobrepeso o eran obesos: el 66% de los afroamericanos y el 59% del grupo de sujetos afro caribeños fueron clasificados como obesos o con sobrepeso. Esta tendencia también fue evidente entre los adolescentes: el 30% de los afroamericanos y el 29% del grupo de sujetos afro caribeños tenían sobrepeso o eran obesos. Al igual que en otros estudios, las mujeres afroamericanas registraron las tasas más altas de sobrepeso y obesidad.

El trastorno por atracón fue el trastorno de la alimentación más prevalente entre los adultos afroamericanos y los adultos afro caribeños, presentándose en alrededor del 5% de ambos grupos. La bulimia nerviosa (BN) fue el segundo trastorno de la conducta alimentaria más preponderante, con una tasa de prevalencia del 1.44% en el caso de los afroamericanos y del 1.98% en el caso de los sujetos afro caribeños. En los adolescentes, la tasa de prevalencia de bulimia nerviosa fue del 0.52% para los afroamericanos y del 0.71% para los sujetos afro caribeños. La bulimia nerviosa fue más prevalente que la anorexia nerviosa, y al eliminarse los criterios del *DSM*, aumentó la cantidad de personas que se podían clasificar como bulímicas. La prevalencia de por vida de la anorexia nerviosa, usando los criterios del *DSM-IV-TR*, fue del 0.15% para los afroamericanos y del 0% para los sujetos afro caribeños. La prevalencia de por vida de la anorexia nerviosa entre adolescentes afroamericanos fue del 0.21%, y del 0% para los sujetos afro caribeños.

La Dra. Taylor y sus colegas observaron que la alta tasa de trastorno por atracón entre sujetos afro caribeños (5.78%) podría deberse a la abundancia y disponibilidad de alimentos en los EE. UU. en comparación con la relativa escasez de comida rápida en las islas del Caribe. Además, la doctora destacó que las clasificaciones actuales del trastorno por atracón son inadecuadas para evaluar e identificar a la población afroamericana y a la afro caribeña. Por ejemplo, la obesidad, que puede estar relacionada con comer en atracones, no está clasificada en el *DSM-IV-TR* como un trastorno de la conducta alimentaria independiente. La doctora y sus colegas sugieren que, dada la alta tasa de obesidad entre la población

negra, una mejor forma de diagnosticar y tratar el trastorno por atracón sería vincular los criterios utilizados para los niveles de peso como un síntoma del trastorno por atracón. Esto no significaría una reclasificación de la obesidad como un trastorno de la conducta alimentaria, sino como un síntoma del trastorno por atracón.

¿Quiénes estuvieron expuestos a mayor riesgo de desarrollar un trastorno de la conducta alimentaria?

Según los autores, los trastornos de la conducta alimentaria se consideran como no frecuentes entre la población afroamericana y la afro caribeña debido a que, con frecuencia, hay casos que no se reportan, casos que no se tratan o casos que se asocian con otras comorbilidades, incluida la ansiedad, y trastornos del ánimo o por abuso de sustancias. Los factores de riesgo más vinculados al desarrollo de trastornos de la conducta alimentaria incluyeron: ser mujer joven, tener 12 años de educación, ser nativo de EE. UU., vivir en la zona del Medio Oeste o en las regiones occidentales de EE. UU., haber tenido un episodio previo de ansiedad, un trastorno del estado de ánimo o un trastorno por abuso de sustancias. Los autores mencionaron que en trabajos anteriores se demostró que las mujeres y los adolescentes negros son propensos a pesar más que sus contrapartes caucásicas, están menos insatisfechos con su peso y tienden a hacer menos dietas y a ejercitarse menos para reducir su peso, y se ven a sí mismos más delgados de lo que en realidad son (*Psychology of Women Quarterly* 2000; 24:244).

NURTURE: un programa para madres con antecedentes de trastornos de la conducta alimentaria

Un programa piloto aprovecha las ventajas de Internet.

La crianza de los hijos puede ser un gran desafío para las madres que han tenido trastornos de la conducta alimentaria, en especial para aquellas con problemas de alimentación, crecimiento y desarrollo. Los hijos de madres con trastornos de la conducta alimentaria también tienen un riesgo aumentado de sufrir problemas alimentarios. Con frecuencia, a estas madres les preocupa la salud de sus hijos pero carecen de la confianza suficiente para desarrollar hábitos saludables de alimentación y crear un entorno saludable para sus hijos. Con esto en mente, un grupo de investigadores de la Universidad de Carolina del Norte, la Universidad Duke, la Universidad de Virginia y la Universidad Abo Akademi, de Turku, Finlandia, ha desarrollado recientemente un novedoso programa piloto de intervención sobre crianza de los hijos para madres con antecedentes de trastornos de la conducta alimentaria (*Int J Eat Disord* 2014; 47:1).

Los doctores Cristin D. Runfola y Cynthia M. Bulik, junto a sus colegas, recientemente presentaron los reportes sobre los primeros resultados del programa piloto NURTURE (Networking, Uniting, and Reaching Out to Upgrade Relationships and Eating [Conexión, Unidad y Alcance para Mejorar las Relaciones y la Alimentación]). El programa de 16 semanas está diseñado para ofrecerse en sesiones semanales de 90 minutos a través de un foro de conferencia web por Internet. Cuatro módulos abordan los principios fundamentales para desarrollar habilidades para la crianza de los hijos, habilidades para la crianza de los hijos en general, la alimentación y el comer y métodos para romper el ciclo de riesgo. Los últimos segmentos se diseñaron para ayudar a las madres a desarrollar la vigilancia adecuada para los trastornos de conducta y alimentación y las preocupaciones relacionadas con el peso, para proteger a los niños de la influencia de las redes sociales y las imágenes de los medios que promueven un control poco saludable del peso y, finalmente, para repasar las habilidades y aumentar la concientización de la madre respecto a los desafíos que se presentan conforme sus hijos crecen. Las participantes eran madres con antecedentes de trastornos de la conducta alimentaria con hijos de hasta 3 años de edad. Después de una breve selección telefónica y una entrevista en persona, se reclutaron 13 madres que se dividieron en pequeños grupos de 3 a 6 participantes; los autores reportaron una tasa de retención del 100%. Las mujeres que

aún estaban en tratamiento activo por un trastorno de la conducta alimentaria se excluyeron del estudio.

Las sesiones se llevaron a cabo en una sala de chat protegida con contraseña

Según los autores, la intervención se basó en la Teoría Social Cognitiva (SCT) que pone énfasis en la interacción de factores ambientales, personales y conductuales y que se emplea en gran medida para prevenir y modificar las conductas que afectan a la salud. Los investigadores modificaron el diseño original, el cual incluía sesiones en persona, debido a que muchas de las madres manifestaron tener restricciones en cuanto al tiempo, conflictos con los horarios y problemas para encontrar niñeras para sus hijos, lo cual dificultaba o imposibilitaba su participación en persona. Por consiguiente, los autores decidieron llevar a cabo las sesiones a través de un programa en línea de conferencias web (FuzeBox). Mediante este software, los terapeutas tuvieron la posibilidad de presentar toda la información que planeaban presentar en las sesiones en persona, exactamente igual pero en una conferencia web.

Las discusiones del grupo se realizaron en una sala de chat protegida con contraseña, en la que las participantes podían comunicarse entre ellas y con el terapeuta tanto por chat como por teléfono. Las madres podían participar anónimamente, si así lo deseaban. Las evaluaciones se llevaron a cabo en el inicio, después del tratamiento y al cabo de un seguimiento de 6 meses, e incluyeron entrevistas personales semiestructuradas y mediciones reportadas por las mismas pacientes en todos los puntos de tiempo. Además, dos miembros del personal del estudio filmaron a las madres alimentando a sus hijos a la hora típica de la comida, en su hogar o en un laboratorio especial de bioconducta en la Universidad de Carolina del Norte. Este laboratorio cuenta con una sala equipada con muebles de comedor y artículos electrodomésticos, y ofrece un espacio para la interacción de la familia y las sesiones de alimentación, a la vez que se llevaba a cabo el monitoreo no invasivo de la conducta a través de 6 cámaras ocultas en las paredes. Se emplearon distintos métodos, incluidos cuestionarios especiales de calificaciones de observación (escala de Competencia de Habilidades Parentales, la Prueba de Atributos de los Padres y los Estilos de Alimentación para Lactantes). Las madres también completaron el inventario de depresión de Beck, el inventario de ansiedad de Beck y el Cuestionario sobre Evaluación de los Trastornos de la Conducta Alimentaria. (Eating Disorders Examination-Questionnaire)

Se reportaron unos pocos cambios

Todas las madres eran blancas, con una edad promedio de 32.3 años y una media del índice de masa corporal (IMC, kg/m²) de 24.4. La mayoría de ellas tenía estudios superiores; el 25% tenía título universitario y el 58.3% tenía al menos un posgrado. El 75% de las madres tenía un hijo, dos tenían dos hijos y una tenía cinco hijos. Alrededor del 58% de las madres tenían antecedentes de anorexia nervosa, el 54% tenía antecedentes de bulimia nervosa, y el 9% tenía antecedentes de anorexia o bulimia nervosa con un período adicional de trastorno por atracón.. No hubo ningún cambio significativo en la relación de alimentación madre-hijo, el estilo de alimentación maternal, en la autoeficacia maternal ni en la competencia respecto a las habilidades generales para la crianza de los hijos o la psicopatología marital.

El formato funcionó bien para madres con hijos pequeños

Un importante resultado positivo del estudio piloto se relacionó con la posibilidad de ofrecer esta forma de intervención a madres con hijos pequeños. El método de conferencia web facilitó que las madres pudieran superar los obstáculos que les impedían participar, por lo que el 100% de las madres permanecieron en el estudio. Los comentarios generales sobre la aceptabilidad del tratamiento después de que este finalizó fueron muy positivos.

Debido a que se trató de un estudio piloto, los autores no esperaban una mejora significativa en los resultados. Lo que sí descubrieron fue que, "a pesar de la evidencia preliminar acerca de que las madres con antecedentes de trastornos de la conducta alimentaria sufren ansiedad durante la alimentación de los lactantes y se preocupan por la interacción durante la alimentación de sus hijos, las madres que participaron en este estudio obtuvieron puntuaciones dentro de los rangos normales". Las madres

obtuvieron puntuaciones más altas en el estilo de alimentación receptivo, demostrando una respuesta adecuada a la saciedad del lactante y las señales de receptividad, y buenas prácticas de alimentación en general, incluso antes de recibir educación sobre la alimentación del lactante. Los autores también reportaron que se observaron cambios que sugerían mejoras en la autoeficacia maternal reportada por las mismas madres y en la competencia respecto a la crianza de los hijos.

Finalización prematura del tratamiento de pacientes con anorexia nervosa

En un estudio realizado en el Reino Unido, surgieron dos grupos diferentes.

No es inusual que el 50% o más, de los pacientes con anorexia nervosa abandonen el tratamiento antes de llegar a su peso objetivo. El Dr. Richard Sly y sus colegas recientemente descubrieron diferencias clave entre pacientes adultos que abandonaron el tratamiento antes de concluirlo por su propia cuenta y pacientes cuya participación en el tratamiento fue suspendida por el personal clínico (*Int J Eat Disord* 2014; 47:40). Los autores sugieren que los pacientes adultos que han padecido la enfermedad por más tiempo tienen más probabilidades de abandonar el tratamiento por su propia cuenta, y por consiguiente deberían recibir apoyo adicional, lo que podría servirles de ayuda para llevarlo a término.

Causas de la terminación del tratamiento

El personal clínico puede suspender el tratamiento si considera que el paciente ya no está trabajando dentro de los límites del programa, por ejemplo, un paciente puede dejar deliberadamente de aumentar de peso, autodañarse o abusar de sustancias —como el alcohol— mientras se encuentra en tratamiento. Los pacientes que abandonan el tratamiento por su propia cuenta podrían hacerlo cuando aumentan de peso y la motivación disminuye.

El grupo en estudio estaba compuesto por sucesivos pacientes nuevos en cuatro centros especializados en trastornos de la conducta alimentaria del Reino Unido. Los pacientes del grupo en estudio tenían un diagnóstico confirmado de anorexia nervosa conforme a los criterios del *DSM-IV*, un índice de masa corporal $<17.5 \text{ kg/m}^2$ al momento de la admisión, y la capacidad para completar una serie de cuestionarios de información individual. Ciento nueve pacientes cumplieron con los criterios de inclusión y 90 aceptaron participar en el estudio. La mayoría eran mujeres caucásicas con una media de edad de 27.7 años, y al momento de su admisión en el hospital tenían un IMC medio de 14.16. La mayoría de los pacientes (88.9%) había recibido tratamiento anteriormente y la duración media de su enfermedad era de 11.2 años. Además, habían recibido tratamiento en 4 ocasiones antes de su última admisión.

Los autores encontraron diferencias significativas entre los pacientes que habían suspendido el tratamiento y aquellos cuyo tratamiento había sido suspendido por los miembros del personal. Por ejemplo, la curva de supervivencia de los pacientes que suspendieron su propio tratamiento era de 133 días, frente a 360 días para aquellos cuyo tratamiento fue suspendido por los miembros del estudio. Después de 60 días de tratamiento, el 72.2% de los pacientes en el grupo de los que suspendieron su propio tratamiento ya lo había abandonado, mientras que en ese punto de tiempo solo hubo un 12% de pacientes cuyo tratamiento fue suspendido por personal clínico. Los pacientes que suspendieron el tratamiento por su propia cuenta abandonaron el estudio con menos cambio de peso general, y su IMC aumentó alrededor de 1.5 puntos en comparación con los 3 puntos registrados entre los pacientes cuyo tratamiento fue suspendido por el personal. Los IMC fueron más bajos en los pacientes que suspendieron el tratamiento por su propia cuenta (IMC medio: 15.59) en comparación con los pacientes cuyo tratamiento fue suspendido por el personal (IMC: 17.45).

Los pacientes del primer grupo, los que suspendieron el tratamiento por su propia cuenta, también abandonaron el tratamiento antes que los del grupo suspendido por el personal. (media: 43 días frente a 140 días, respectivamente). Los pacientes de más edad fueron más propensos a suspender su propio tratamiento que a ser suspendidos por el personal clínico, y también tuvieron más probabilidades de haber recibido tratamiento anterior para la anorexia nervosa. Los pacientes que suspendieron su propio tratamiento también fueron más propensos a aumentar de peso en forma más rápida que los pacientes cuyo tratamiento fue suspendido por el personal, y también exhibieron más probabilidades de reportar menos motivación para recuperarse. El momento de la suspensión del tratamiento también fue significativamente más rápido para quienes suspendieron su propio tratamiento. Hubo un retroceso definitivo al abandonar antes el tratamiento, ya que estos pacientes obtuvieron peores resultados y mayores niveles de riesgo para el futuro que los pacientes cuyo tratamiento fue suspendido por el personal clínico.

Un hallazgo inesperado fue que no todas las formas de suspensión del tratamiento fueron de alto riesgo para los pacientes. Los pacientes cuyo tratamiento fue suspendido por el personal tuvieron resultados similares a los de los pacientes que completaron el tratamiento conforme a lo planificado originalmente.

Cómo ayudar a que los pacientes que sufren de anorexia nervosa crónica permanezcan en el tratamiento

Los autores sugieren que los pacientes que han padecido anorexia nervosa por mucho tiempo podrían beneficiarse si se les identifica al momento de su admisión y se les ofrece apoyo adicional para permanecer en el tratamiento. Por ejemplo, a estos pacientes se les podría ofrecer metas de tratamiento más realistas y posibles de alcanzar, como un breve internamiento para recibir estabilización médica, seguido de una transferencia a un entorno de atención ambulatoria. Tal enfoque podría ayudar a evitar la sensación de fracaso que puede arraigarse después de que un paciente decide abandonar el tratamiento. Además, a los pacientes que aumentan de peso rápidamente y, por consiguiente, tienen menos motivación para continuar, podría ofrecérseles más apoyo a través de grupos de control postprandial o a través del aumento de las sesiones individuales.

Programa de tratamiento basado en la Web con SOPORTE terapéutico intensivo

Se están reclutando pacientes para un programa de 12 meses.

Como una idea innovadora para poner el poder de Internet al servicio de los pacientes con bulimia nervosa (BN), TRASTORNO POR ATRACÓN (TpA) y Trastorno de la Conducta Alimentaria No Especificado (TCANES), la Dra. Elke D ter Huurne y un equipo de profesionales en los Países Bajos han diseñado un estudio controlado y aleatorizado para comparar el resultado de un grupo de tratamiento experimental con un grupo de control en lista de espera (*BMC Psychiatry* 2013; 13:310). Los pacientes del programa de tratamiento basado en la Web se comunicarán personalmente y en distintos momentos con sus terapeutas exclusivamente por Internet. En la primera parte de la intervención, se analizarán las actitudes y los comportamientos de los participantes respecto a la alimentación; en la segunda parte, los participantes aprenderán a cambiar sus actitudes y comportamientos. Los pacientes del grupo de control recibirán mensajes por correo electrónico de respuesta automática cada dos semanas durante el período de espera de 15 semanas, después de lo cual podrán iniciar el programa de tratamiento.

El objetivo principal del estudio es evaluar si un programa de tratamiento basado en la Web que ofrece apoyo terapéutico intensivo puede mejorar la psicopatología del trastorno de la conducta alimentaria en pacientes femeninas con bulimia nervosa (BN), con trastorno por atracón (TpA) y con TCANES. El

segundo objetivo es explorar si el programa de tratamiento también puede mejorar la imagen corporal, la salud física, el peso corporal, la salud mental, la autoestima, la calidad de vida y el contacto social de las pacientes. Todas las participantes recibieron un cuestionario de seguimiento (Eating Disorders Examination Questionnaire)) a los 3, 6 y 12 meses después de completar el programa. Como recompensa por completar los extensos cuestionarios, cada participante recibirá un cupón digital para una tienda en línea por cada cuestionario de investigación completado..

PREGUNTAS Y RESPUESTAS:

¿Existe un vínculo entre el autismo y la anorexia en las niñas?

P. Hace poco escuché que algunas niñas que sufren de anorexia nervosa también pueden presentar rasgos autistas. ¿Es cierto? (*GM, Boise*)

R. Investigadores de la Universidad de Cambridge reportaron que un grupo de adolescentes femeninas con anorexia nervosa registró elevadas puntuaciones en dos mediciones de rasgos autistas, el Cociente de Espectro Autista y el Cociente de Sistematización (*Molecular Autism* 2013; 4:24). El Dr. Simon Baron-Cohen y sus colegas estudiaron dos grupos: 66 adolescentes femeninas de entre 12 y 18 años de edad con diagnóstico de anorexia nervosa y 1,609 adolescentes femeninas de entre 12 y 15 años de edad sin diagnóstico de anorexia nervosa.

Conforme a los autores, hay varios motivos para considerar que la anorexia y los rasgos autistas pueden estar vinculados. La anorexia nervosa se presenta con actitudes y comportamientos rígidos que se asemejan a las conductas rígidas y repetitivas así como falta de interés vista en el autismo. Los pacientes con anorexia nervosa con frecuencia sienten preocupación extrema sobre su propio peso o su derecho a hacer lo que quieren; la palabra "autismo" literalmente significa "enfoque exclusivo en sí mismo". Los autores observaron que, en términos de los "tipos cognitivos", sus resultados exhibieron que los pacientes con anorexia nervosa eran significativamente más propensos a sistematizar en lugar de empatizar (tipo "S" en el Cociente de Espectro Autista). El perfil tipo "S" también podría reflejar empatía por debajo del promedio; en el caso de la anorexia nervosa, esto puede manifestarse en una preocupación por sí mismo superior al promedio (apariencia, peso, figura corporal) en lugar de considerar la opinión y los sentimientos de los demás. Los autores observaron que, además de la recuperación del peso en pacientes que sufren anorexia, también podría ser útil cambiar el enfoque de la intervención alejándose de la lucha contra el peso y ofreciendo ayuda a los pacientes para que puedan reconocer que su mente se siente más atraída hacia los sistemas y menos hacia las emociones. Esto puede ayudarles a desarrollar útiles estrategias de adaptación dirigidas a estilos cognitivos individuales (como se usa en la terapia de remediación cognitiva).

Reprinted from: ***Eating Disorders Review***

IAEDP

www.EatingDisordersReview.com